

---

# **PLAN DIRECTEUR POUR L'EXAMEN CANADIEN DE RECONNAISSANCE VISANT L'INSCRIPTION DES SAGES- FEMMES DE 2007**

Mise à jour : Juillet 2007



**Une évaluation nationale des compétences de base pour les  
sages-femmes canadiennes**

---

# PLAN DIRECTEUR POUR L'EXAMEN CANADIEN DE RECONNAISSANCE VISANT L'INSCRIPTION DES SAGES-FEMMES

## **INTRODUCTION**

Chaque province et territoire est responsable de s'assurer que les candidates formées au Canada et à l'étranger qui présentent une demande d'inscription à titre de sage-femme atteignent un niveau acceptable de compétence avant de commencer à exercer au Canada. Ce niveau de compétence est mesuré, en partie, par l'*Examen canadien de reconnaissance visant l'inscription des sages-femmes (ECRSF)*. L'ECRSF a été élaboré en 2005-2006 par le Consortium canadien des ordres de sages-femmes, le réseau des organismes de réglementation de la profession de sage-femme au Canada, de concert avec le soutien et l'expertise d'Assessment Strategies Inc., ses consultants en matière d'élaboration d'examens. L'ECRSF continue d'être révisé et mis au point afin de veiller au maintien de la validité de l'examen et de tenir compte des attentes à l'égard des nouvelles sages-femmes qui commencent à exercer au Canada.

## **COMPÉTENCES CANADIENNES POUR LES SAGES-FEMMES**

L'ECRSF s'appuie sur les *Compétences canadiennes pour les sages-femmes*, une description de la pratique sage-femme de base qui a été élaborée en 2004. Ce document décrit les connaissances, les habiletés et les qualités professionnelles attendues d'une nouvelle sage-femme et il sert de base pour l'élaboration de l'ECRSF.

Les *Compétences canadiennes pour les sages-femmes* ont été élaborées par l'entremise d'un processus qui comprenait une analyse détaillée des énoncés de compétence de chaque province et territoire réglementés du Canada; un atelier intensif en personne auxquels ont participé les organismes de réglementation et les responsables des programmes de formation en pratique sage-femme, dont beaucoup exerçaient activement comme sage-femme, issus de toutes les provinces et les territoires réglementés; et une collaboration et une consultation par voie électronique entre les participantes à l'atelier et tous les conseils/bureaux des organismes de réglementation. Le document sera révisé périodiquement pour s'assurer que l'information qu'il contient est pertinente et à jour.

## **PLAN DIRECTEUR DE L'EXAMEN**

Alors que le document *Compétences canadiennes pour les sages-femmes* décrit les compétences qui doivent être évaluées, le *Plan directeur de l'examen* détermine le nombre de questions qui devraient viser chaque compétence ainsi que les éléments structurels (p. ex. longueur de l'examen, type de questions) et contextuels (p. ex. le fait que les milieux hospitalier et hors milieu hospitalier devraient être inclus). Le processus visant à élaborer le plan directeur a été entrepris en 2005 par le comité d'examen du Consortium canadien des ordres de sages-femmes, composé de représentantes de chaque province et territoire réglementés. Assessment Strategies Inc. a fourni des conseils et de l'expertise psychométriques dans le cadre de ce processus. Des

révisions ont été effectuées en 2007 aux fins de clarification et pour prendre en compte les changements apportés au format de l'examen.

Le *Plan directeur de l'examen 2007* qui en découle fournit une description détaillée de l'ECRSF. Les détails figurent ci-dessous.

## COMPÉTENCES ÉVALUÉES LORS DE L'ECRSF

### Pondération des compétences

Pour s'assurer que l'examen reflète précisément le profil de la pratique sage-femme de base, les compétences tirées du document *Compétences canadiennes pour les sages-femmes* ont été groupées selon leur importance relative. Ceci a été accompli par l'entremise des cotes suggérées dans le questionnaire et d'une évaluation qualitative effectuée par le comité de l'Examen canadien visant la reconnaissance des sages-femmes (ECRSF).

Le comité de l'examen a relevé 34 compétences qui ne seront pas évaluées dans l'ECRSF parce qu'elles ne peuvent pas être évaluées de façon équitable dans le cadre d'un examen écrit et/ou parce qu'elles sont déjà abordées dans le cadre d'autres aspects des processus d'évaluation. Les 140 compétences qui restent sont les compétences de base reliées à une pratique sécuritaire et efficace partagées dans toutes les provinces et territoires canadiens et qui peuvent être mesurées efficacement à l'aide d'un examen écrit.

Le plan de pondération présenté dans le tableau 1 ci-dessous est basé sur le groupement des compétences déterminées dans le processus décrit ci-dessus ainsi que dans les lignes directrices du comité de l'ECRSF. Le tableau vise deux objectifs. Il associe l'importance (pondération) de chaque compétence au nombre de questions de l'examen concernant cette compétence. Il veille également à ce que la durée globale de l'examen ne dépasse pas une journée d'examen. Ce plan est utilisé lors de la création de chaque formulaire d'examen pour s'assurer que chacun est équivalent en termes de matière.

Tableau 1. Groupes de compétences et pondération

Groupe	Nombre de compétences	Nombre approx. de questions par compétence	Pourcentage de questions dans l'ECRSF
1	30	1	10 à 15 %
2	97	2	70 à 75 %
3	9	3	10 à 15 %
4	4	4	5 à 10 %
TOTAL	140		100 %

## Cadre de compétences

Le cadre illustré ci-dessous dans le tableau 2 détermine et organise les compétences mesurées par l'ECRSF en grands domaines de compétences provenant du document *Compétences canadiennes pour les sages-femmes*. Chacun de ces domaines comprend un nombre différent de compétences particulières qui varient en importance et auxquelles de une à quatre questions sont associées (comme décrit ci-dessus sous Pondération des compétences). Le nombre total et le pourcentage de compétences évaluées dans chaque domaine sont indiqués ci-dessous, de même que le pourcentage résultant de questions par domaine dans l'ECRSF.

Tableau 2. Cadre de compétences

Domaines de compétences	Nombre de compétences évaluées dans l'ECRSF	Pourcentage de questions dans l'ECRSF
I. Compétences générales	12 (8,6 %)	5 à 10 %
II. Éducation et counseling	15 (10,7%)	5 à 10 %
III. Suivi prénatal	24 (17,1 %)	25 à 30 %
IV. Soins pernatals : Suivi du travail, de l'accouchement, et du post-partum immédiat	38 (27,1 %)	25 à 30 %
V. Suivi postnatal de la femme, y compris l'allaitement maternel	21 (15,0 %)	10 à 15 %
VI. Soins du nouveau-né et du nourrisson	18 (12,9 %)	10 à 15 %
VII. Soins de santé des femmes, sexualité et gynécologie	8 (5,7 %)	1 à 5 %
VIII. Aspects professionnels, interprofessionnels, juridiques ainsi que d'autres aspects de la profession	2 (1,4 %)	1 à 3 %
IX. Développement professionnel	2 (1,4 %)	1 à 3 %
X. Compétences avancées	0 (0 %)	0 %
TOTAL	140 (100 %)	100 %

## FORMAT DE L'EXAMEN

En se fondant sur des consultations effectuées auprès d'Assessment Strategies Inc., le comité de l'examen a déterminé des spécifications pour le format de l'examen. Ces spécifications ont pour but de s'assurer que l'examen comporte des situations qui sont pertinentes à la pratique sage-femme au Canada et que chaque format d'examen est uniforme et offre la même possibilité aux candidates.

### Variables structurelles

Les variables structurelles comprennent les caractéristiques qui déterminent l'aspect et la conception générale de l'examen.

1. **Longueur de l'examen** : L'examen comprendra de 210 à 230 questions. Toutes les questions seront à choix multiple.
2. **Format des questions** : Les questions à choix multiple comprennent une prémisse et quatre options de réponse, dont une seule représente la meilleure réponse.
3. **Présentation des questions** : La majorité des questions sont présentées sous forme de scénarios basés sur une histoire de cas où une situation en pratique sage-femme est décrite et à laquelle de deux à cinq questions sont associées. Certaines questions à choix multiple sont indépendantes, mais la plupart de ces questions comportent également un bref scénario afin de mettre la question en contexte.

### Variables contextuelles

Les variables contextuelles ajoutent des précisions au contenu en spécifiant le contexte en pratique sage-femme dans lequel une question d'examen s'inscrit.

1. **Milieu de pratique** : L'ECRSF a été conçu pour comprendre des questions représentant la diversité des milieux dans lesquels les sages-femmes exercent au Canada. Par conséquent, pour les besoins de l'ECRSF, le contexte est défini comme étant en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier. Le tableau 3 présente les fourchettes de pourcentage qui servent de lignes directrices pour l'élaboration de chaque formulaire d'examen.

Tableau 3. Répartition des questions par milieu de pratique

Type de milieu	Pourcentage cible de questions
Hospitalier	40 à 50 %
Non hospitalier	50 à 60 %

2. **Situation clinique** : Dans le contexte de la pratique sage-femme, on reconnaît qu'une femme peut faire face à une variété de situations cliniques normales et anormales. Le tableau 4 présente les fourchettes de pourcentage qui servent de lignes directrices pour

l'élaboration de chaque formulaire d'examen.

Tableau 4. Répartition des questions par situation clinique

Type de situation clinique	Pourcentage cible de questions
Normale	50 à 60 %
Anormale	40 à 50 %

### **Standardisation**

La standardisation assure une présentation uniforme des questions d'examen et les candidates peuvent s'attendre à ce que les renseignements figurant dans l'examen soient présentés selon certaines normes. Les normes suivantes sont adoptées pour cet examen :

- Le système métrique est utilisé pour les mesures.
- Les unités internationales (U.I.) standards sont utilisées pour le dosage des médicaments.
- Les noms génériques, ou communs, des médicaments sont fournis dans tous les cas. Dans quelques cas, les noms de marque pourraient aussi être fournis; si c'est le cas, ils apparaîtront entre parenthèses après le nom générique.
- Les modes d'administration sont écrits en toutes lettres (p. ex. intramusculaire, pas I.M.) sauf lorsqu'ils sont utilisés plus d'une fois dans une histoire de cas (voir ci-dessous).
- Les acronymes ne sont pas utilisés, sauf dans les cas où un terme apparaîtrait plus d'une fois dans une histoire de cas. Si c'est le cas, le terme sera écrit en toutes lettres la première fois qu'il est utilisé, suivi de l'acronyme entre parenthèses (p. ex. intramusculaire (IM)). L'acronyme sera ensuite utilisé dans le reste de l'histoire de cas.